Lane Medical Library

Differentielle Diagnose der hysterischen Pseudoneuralgien mit besonderer Berücksichtigung der Glossodynie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 9. Januar 1908

NEBST DEN BEIGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Michael Rosenberg

aus Russland.

OPPONENTEN:

Herr approb. Arzt H. Bodlaender.

„ cand. med. M. Kantor.

„ cand. med. I. Lewitan.

Berlin.

Druck von Emil Ebering

Mittelstrasse 29.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh.-Rat. Prof. Dr. Ziehen.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Ein Fall, den ich in vorliegender Arbeit ausführlich erörtern werde, hat mir Anstoss gegeben, mich auf den Rat des Herrn Geheimrat Professor Ziehen eingehender mit der differentiellen Diagnose der hysterischen Pseudoneuralgien zu beschäftigen. — Die wichtigste der Ursachen, die ganz besonders eine möglichst präzise Lösung dieser Aufgabe fordert, ist wohl die, dass man oft bei der Diagnostik der Pseudoneuralgien die grössten Irrtümer begeht, die manchmal sogar verhängnisvolle Folgen für Hysterische nach sich ziehen.

In der Literatur sind zahlreich Fälle bekannt, wo eine sog. „lokale" Hysterie neuralgiformer Natur für eine echte Neuralgie gehalten wurde und dass mancher Chirurg oder Zahnarzt, um den Kranken Linderung bei den heftigen Schmerzen zu schaffen, selbst zu ernstesten Operationen oder unnützen, entstellenden Extraktionen en masse griff.

Galippe beschrieb in einem in dieser Beziehung sehr lehrreichen Artikel „De l' obsession dentaire" eine grosse Reihe von Fällen, die er in Gemeinschaft mit Charcot beobachtete, wo bei zweifellos hysterischen mit Pseudoneuralgien des Quintus behafteten Individuen eine grosse Anzahl von Zähnen herausgezogen wurde (ein Zahnarzt sogar in einer Sitzung etwa 20) auf Grund des Verdachts, dass eine echte Neuralgie vorliege und dass die in der Wirklichkeit ganz gesunden Zähne die causa peccans der krankhaften Störung wären. Die Opferung war selbstverständlich umsonst. Die unveränderte Fortdauer der Schmerzen hat den untrüglichsten Beweis geliefert, dass es sich lediglich um zentral bedingte Erscheinungen handelte.

Fridrich beschrieb einen Fall, in welchem die Trigeminusneuralgie nach der gelungenen Exstirpation des Ganglion Gasseri rezidivierte. Es ist nicht leicht, schreibt über diesen Fall Jendrassik, nach der kurz vorgetragenen Krankheitsgeschichte den Fall gründlich zu beurteilen, doch scheint, trotzdem die Kranke schon früher vier Mal operiert worden ist, die entstandene Hyperästhesie der Gegend der Processus spinosi am Halse, der Charakter der nicht anfallsweise eintretenden Schmerzen, welche als andauernd gleichmässig bohrend bezeichnet werden, ferner die Ausbreitungsweise der Schmerzen, welche, wie eine nach den Angaben der Kranken angestellte Zeichnung ergibt, nicht dem Bezirke eines bestimmten peripherischen Nerven entspricht, die Erfolglosigkeit der internen und chirurgischen Behandlung und endlich das Hinübergreifen der Schmerzen auf die andere Gesichtshälfte mit grosser Bestimmtheit für die hysterische Natur dieser Neuralgie zu entscheiden.

Es wäre leicht, noch viele derartige Beispiele für fruchtlose operative Eingriffe der Chirurgen und Zahnärzte anzuführen; die bereits erwähnten aber genügen schon, um die Notwendigkeit einer vollkommeneren differentialdiagnostischen Aufklärung dieser Frage darzutun.

Es ist klar, dass die richtige Entscheidung sowohl in prognostischer, wie in therapeutischer Hinsicht von der grössten Bedeutung ist.

Fragen wir uns nun, worauf die Tatsache solch schwerwiegender Irrtümer beruht, so unterliegt es keinem Zweifel, dass die Hauptursache in dem Wesen des hysterischen Leidens selbst zu suchen ist.

Die zahlreichen Forschungen der neuesten Zeit brachten zwar viel Licht in dieses dunkle pathologische Gebiet, es gelang aber nicht, eine solche Begriffsbestimmung der Hysterie zu konstruieren, welche diese, als ein einheitlich abgeschlossenes klinisches Bild, als eine fest umgrenzte Nervenkrankheit erkennen lässt. Die ungeheure, unerschöpf-

bare Mannigfaltigkeit der einzelnen Erscheinungen der Hysterie erschwerte diese Aufgabe auf das Aeusserste. Und eben dieses Fehlen eines einheitlichen klinischen Begriffes der hysterischen Vorgänge, ihr unumgrenztes und ausserordentlich variables Symptomenbild und besonders die Eigenschaft, andere Krankheiten zu imitieren, dies alles bietet dem Irrtum bei der Diagnostik so viel Spielraum, wie dies bei keiner anderen Krankheit der Fall ist. — Es ist schon eine alte Erfahrung: je bunter und wechselvoller die Symptome einer Krankheit, desto erheblicher die Schwierigkeiten bei der Diagnose.

Der zweite Grund liegt in den Worten Binswanger's „mancher lebensgefährliche, unzweckmässige und fruchtlose operative Eingriff würde unterblieben sein, wenn der Operateur mit den Grundlehren hysterischer Krankheitsvorgänge vertraut gewesen wäre.“ Dass man der Hysterie nicht so viel Platz im Bereiche unserer medizinischen Kenntnisse einräumt, wie ihr gebührt, steht im Hinblick auf die vielfachen groben und gröbsten Fehldiagnosen fest.

Auch die falsche Deutung der Charcot'schen Lehre von der Hysterie, die bis in die letzte Zeit in weitesten Kreisen der Aerzte verbreitet war, hat nicht minder zu diagnostischen Missgriffen beigetragen. — Die einen definierten sie zu weit, die anderen zu eng. Während die Hysterie für die einen, die dieselbe als allgemeine funktionelle Erkrankung des Nervensystems auffassten, wonach bald dieser, bald jener Abschnitt desselben in seinen Funktionen gestört sein könne, eine sehr bequeme Art Papierkorb für alle nicht ganz klaren klinischen Fälle bildete, ordneten die anderen in diesen Behälter nur diejenigen Krankheitsfälle an, die sich durch die sog. hysterischen Stigmata als vollgültig erweisen. „Man hielt sich oft zu pedantisch,“ schreibt Krehl, an die von Charcot fixierten Stigmata. Mit dem Einwand „das kommt bei Hysterie nicht vor“ wurde als hysterisches Symptom abgewiesen, was noch nicht die Sanktion der Salpêtrière

erhalten hatte. Der eminente Fortschritt, welchen wir dem Geiste Charcot's verdanken, drohte zur Fessel einer freien Entwicklung zu werden." — Und es ist das grosse unverkennbare Verdienst der modernen Forscher, dass sie uns von dieser alten unhaltbaren Auffassung und Beurtheilung der Hysterie frei machten.

Vor allem stellten sie fest, dass alle hysterischen Krankheitsvorgänge in unlösbaren Beziehungen zu Störungen der Hirnrundenfunktionen stehen. Da aber in dem Cortex cerebri sich unser ganzes bewusstes Leben abspielt: unser Denken, Fühlen und Handeln, so bekam auch natürlicherweise unsere Psyche eine erklärliche Sonderstellung bei der Erkennung der hysterischen Veränderungen. — Die Suggestibilität, die künstliche Hervorrufung oder Aufhebung eines bestimmten psychischen, oder von der Psyche abhängigen körperlichen Zustandes bietet den besten Beweis für die wichtige Rolle der Psyche bei den hysterischen Prozessen. — Die enge Beziehung der Psyche zu den hysterischen Vorgängen muss daher in diagnostischer Hinsicht als besonders wertvoll bezeichnet werden. — Wir bekamen mit diesen Ergebnissen der neuen Forschungen gewissermassen einen Ariadnefaden im Labyrinthe der hysterischen Krankheitserscheinungen. — Auch die Ueberschätzung der diagnostischen Bedeutung der Stigmata wurde bis auf den Grund erschüttert. Die Forschungen erwiesen, dass der Begriff der Stigma eine Hilfskonstruktion ist, die nur die Merkmale des Bekannten und Häufigen für sich hat. Es ist also ein Begriff des „Könnens", aber nicht „Müssens" für die Hysterie. — „Bei der thüringischen und pommerschen Landbevölkerung, über die ich vorzugsweise Erfahrung habe, schreibt Krehl, sind Stigmata verhältnismässig selten im Vergleich zur grossen Zahl isolierter hysterischer Symptome der verschiedensten Formen." Blocq, Ziehen, Jolly u. a. betonen auch, dass die Hysterie monosymptomatisch verlaufen kann. — Bemerkenswert ist, dass die

hysterischen Neuralgien in der übergrossen Mehrzahl der Fälle zu der monosymptomatischen Form der Hysterie gehören. Endlich darf bei der Betrachtung der Ursachen, die zu einer falschen Diagnose führen können, noch ein Moment nicht vergessen werden: die nicht genügende Erwägung und Durchführung der Differentialdiagnose.

Die Wichtigkeit derselben ist klar, wenn man einerseits die gefährliche Eigenschaft der Hysterie andere Krankheiten des Nervensystems und zuweilen sogar andere Organsysteme nicht nur in einzelnen Symptomen, sondern in ihrem ganzen Symptomkomplex nachzuahmen und anderseits die nicht selten vorkommende Möglichkeit einer Kombination der Hysterie mit differenten Krankheitsprozessen bedenkt.

Ausgesprochene Zustände der Hysterie werden freilich nur selten verkannt.

Die Diagnose macht keine Schwierigkeiten, wenn es sich um ausgebildete Fälle handelt, ja man kann oft schon aus einzelnen charakteristischen Symptomen, vor allem aus dem psychischen Verhalten auf den ersten Blick das Vorhandensein der Krankheit konstatieren. Auch andere Symptome der Hysterie können in so charakteristischer Form auftreten, dass sie selbst bei geringer Ausprägung des psychischen Zustandes leicht als hysterisch erkannt werden. Dieses gilt sowohl für manche Formen der Lähmung und Anästhesie, wie der Krämpfe und Schmerzen.

Anders verhält es sich aber, wenn dieselben somatischen Erscheinungen isoliert und hartnäckig ihren Sitz auf dem einen oder dem anderen Körperteile aufschlagen, d. h. in Form einer „lokalen“ Hysterie zu Tage treten. Es handelt sich gewöhnlich um die Entscheidung, ob eine Teilerscheinung eines allgemeinen Nervenleidens mit vorwiegend psychischen Symptomen, oder eine tiefer gehende anatomische Veränderung bez. ein anderes lokales funktionelles Leiden vorliegt.

Es ist klar, dass, wie auch die hysterischen Neuralgien am frappantesten bestätigen, ohne eine eingehende Differentialdiagnose schwere Fehlgriffe in solchen Fällen leicht resultieren können.

Diese von mir hier kurz besprochenen Momente tragen zweifellos die Hauptschuld daran, dass bei der Diagnose der hysterischen Neuralgien so oft gesündigt wird. Das betonen ausdrücklich viele Autoritäten auf dem Gebiete der Neuropathologie, die mit dieser Frage sich beschäftigt haben.

Wenden wir uns nun zu unseren spezielleren Betrachtungen, zu der Durchführung einer Differentialdiagnose zwischen den echten und falschen hysterischen Neuralgien, so bemerken wir, dass auch innerhalb derselben der Grad der Schwierigkeiten nicht immer gleich ist. — Im allgemeinen kann man sagen: je reiner die Hysterie eine echte Neuralgie vortäuscht, je isolierter der neuralgiforme Schmerz in den Vordergrund tritt, desto schwieriger ist die Entscheidung, ob wahre oder scheinbare Neuralgie vorliegt und umgekehrt. Binswanger beobachtete sogar Fälle, wo die Hysterie in den kleinsten Details eine echte Neuralgie vorzutäuschen vermochte: er traf dasselbe Ergriffensein eines bestimmten Nervenstammes oder -zweiges mit all seinen Ramifikationen, die gleichen Paroxysmen, die gleichen Druckpunkte und all die bekannten sekundären Erscheinungen motorischer, vasomotorischer und sekretorischer Natur an. „Entnehmen wir, bemerkt Binswanger dazu, in einem solchen Falle die Diagnose des Leidens nur aus dem Symptomkomplex des einzelnen Schmerzanfalls, so sind die schwerwiegendsten Irrtümer unvermeidlich.“ Oppenheim andererseits berichtet uns Fälle, wo eine echte Neuralgie bei disponierten Individuen reflektorisch eine Hemianasthäsie vom Charakter der „hysterischen“ ins Leben rief.

Glücklicherweise sind solche Typen der einen oder anderen Neuralgie, die sich bis zum Verwechseln ähnlich sind, äusserst selten. — Eine richtige Diagnose in solchen Fällen

ist erst nach längerer Beobachtung, nach eingehender Prüfung des Gesamtzustandes und sorgfältigst aufgenommener Anamnese möglich. — Viel häufiger begegnen wir in der Praxis Fälle, wo die Unterscheidung der echten von den hysterischen Neuralgien zwar auch äusserst fein und variabel, aber doch viel ausgesprochener ist. — Ich erachte es für notwendig, auf die Differentialdiagnose dieser Fälle besonders gründlich einzugehen.

Differentielle Aetiologie.

Vor allem sind die praedisponierenden Momente zu beachten. — Das meiste Interesse unter allen hier in Frage kommenden Momenten bietet die neuro- resp. psychopathische Praedisposition. — Bei den hysterischen Neuralgien, wie überhaupt bei allen hysterischen Erscheinungen ist dieses ätiologische Moment von ungemein grosser Bedeutung. Man kann sogar sagen, dass in jedem Falle von Hysterie neuropathische Veranlagung vorhanden sein muss. Nur diese Betrachtungsweise eröffnet uns ein Verständnis für die Tatsache, dass schon bei ganz geringfügigen, unter physiologischen Verhältnissen entweder gar nicht oder nur ganz vorübergehend wirksamen Schädlichkeiten sich sowohl auf psychischen, wie auch auf somatischem Gebiete die schwersten und langwierigsten Krankheitszustände herausbilden können. — Man unterscheidet eine gleichartige ererbte Prädisposition, wo die Hysterie der Eltern oder der Vorfahren Hysterie der Kinder zur Folge hat (Hérédité similaire von Morel), oder verschiedene andere Nervenkrankheiten der Vorfahren die Disposition zur Hysterie bei den Nachkommen hervorrufen, und einen erworbenen neuropathischen Zustand infolge von erschöpfenden Einflüssen, verschiedenen Intoxikationen (Alkohol, Blei, Morphium, Cocain), psychischem Trauma u. dergl.

Bei den echten Neuralgien spielt dieses Moment zwar auch eine unzweifelhaft grosse Rolle, aber doch eine viel geringere als bei den hysterischen. — Anstie hat etwa in einem Viertel der von ihm beobachteten Fälle eine direkte oder indirekte Beziehung der Neuralgie zur nervösen Beanlagung nachgewiesen.

Neben der neuropathischen Veranlagung unter den prädisponierenden Momenten nimmt das Geschlecht die erste Stelle ein. So hat Bernhardt unter einer Gesamtzahl von 685 Patienten, welche seine Hilfe wegen echter Neuralgien in Anspruch nahmen, 502 Kranke männlichen und 183 weiblichen Geschlechts zu behandeln gehabt. Erb zeichnete unter 146 Fällen 84 Männer und nur 62 Frauen auf. Von 123 Fällen Lachnit's betrafen 93 Männer, 30 Frauen. unter 717 Fällen der Bonner Klinik, welche von Conrads zusammengestellt sind, wurden 443 männliche und 274 weibliche Individuen gezählt. — Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich also, dass Männer fast durchweg in einem viel grösseren Prozentsatz von den echten Neuralgien betroffen sind als Frauen.

Die hysterischen Pseudoneuralgien zeigen ein ganz anderes statistisches Bild: unter 40 von mir gesammelten Fällen von Pseudoneuralgien waren nur in 2 Fällen Männer zu verzeichnen (die aber auch eher Neurastheniker waren). — Es ist also klar, dass die echten Neuralgien vorwiegend das männliche, während die hysterischen fast ausschliesslich das weibliche Geschlecht befallen.

Das Alter hat keinen grossen differentialdiagnostischen Wert: sowohl die wahren, wie die scheinbaren Neuralgien bevorzugen das mittlere Alter zwischen dem 20.—50. Lebensjahre. Doch sind einzelne Spezialformen der Neuralgien hervorzuheben, die als echte nur im mittleren, dagegen als Pseudoneuralgien auch in jüngerem Alter zu beobachten sind; so beschrieb Biro Fälle von Pseudoischias im 20. Lebensalter. — In Bezug auf den Einfluss des Alters

ist noch zu bemerken, dass auch das Klimacterium zuweilen Ausbrüche der Hysterie herbeiführt, wobei es sich aber häufig nur um ein neues Aufflackern der schon in früheren Zeiten aufgetretenen Krankheit handelt.

Die besser situierten Klassen der Gesellschaft stellen, wenn man von den traumatischen Fällen absieht, ein grösseres Kontingent für die Erkrankung mit Pseudoneuralgien als die ärmere Bevölkerung. Ich konnte unter 40 Fällen nur in drei ein Angehören der Patienten zu den notleidenden Schichten der Gesellschaft konstatieren. — Bei den echten Neuralgien haben wir in Bezug auf diese Frage leider keine statistischen Tabellen; man kann aber bei Berücksichtigung der Aetiologie fast mit Sicherheit sagen, dass die sozialen Verhältnisse nicht von einem solchen Einfluss sind.

Die im Vorstehenden besprochenen entfernten, vorbereitenden, prädisponierenden ätiologischen Momente sind aber bei weitem nicht von so grosser differentialdiagnostischer Wichtigkeit wie die näherliegenden veranlassenden Gelegenheitsursachen. — Die letzteren spielen bei der Entstehung der echten Neuralgien eine unzweifelhaft sehr hervorragende Rolle. Es kommen in Betracht 1) traumatische und mechanische Einwirkungen (Schnitt-, Stich-, Schusswunden, Periostitiden, kariöse Zähne, Geschwülste im Verlaufe, oder in der Umgebung des affizierten Nerven, Aneurysmen, Varices und dergl.), und zweitens ist von zweifellos grosser Bedeutung, wenn auch nicht mit entsprechender Durchsichtigkeit die Störung der körperlichen Wärmeregulierung, die sog. rheumatischen Schädlichkeiten: Zugluft, Einwirkung von Kälte und Nässe, Schlafen auf feuchter Erde usw. — Soweit man bis heute weiss, beruhen die typischesten Neuralgien sehr oft auf einer von diesen Schädlichkeiten. Abgesehen von diesen Schädlichkeiten kommen bei der Entstehung der echten Neuralgien noch verschiedene Intoxikationen und Infektionen in Betracht. Am bekanntesten und häufigsten sind die Neuralgien durch Malariainfektion;

auch die Wirkung der Syphilis ist in vielen Fällen deutlich: es können syphilistische Knochen- und Periosterkrankungen oder Gummata die Nerven in Mitleidenschaft ziehen. Organische und anorganische von aussen eingeführte Gifte rufen nicht selten Neuralgien hervor, besonders häufig die Blei- und Alkoholintoxikation. Auch bei manchen konstitutionellen Erkrankungen, vor allem bei Gicht und Diabetes mellitus werden nicht selten symptomatische Neuralgien beobachtet.

Bei den hysterischen Pseudoneuralgien sind alle schädlichen Einflüsse fast nie nachzuweisen, ausgenommen selbstverständlich diejenigen Fälle, wo die Hysterie mit einer echten Neuralgie sich kombiniert. Der hysterische neuralgiforme Schmerz tritt fast immer ohne jegliche nachweisbare somatische Ursache, lediglich auf Grund psychischer Momente ein.

Differentielle Symptomalogie.

Die hysterischen Neuralgien halten sich fast in allen Fällen nicht an die Tatsache der Nervenanatomie und Nervenphysiologie und sind mit dieser oft nicht in Einklang zu bringen; sie haben also mehr den Charakter der topalgischen Schmerzen (Blocq); bei den echten Neuralgien dagegen lassen sich die Schmerzen immer genau im Verlaufe des einen, oder des anderen Nervenstammes oder -zweiges mit all seinen Verästelungen verfolgen. — Die charakteristischen Merkmale der wahren Neuralgie, die sog. Valleix'schen Punkte d. h. Druck- oder Schmerzpunkte, die an verschiedenen Stellen im Verlaufe des affizierten Nerven aufzufinden sind, und zwar namentlich an denjenigen, wo der Nerv dicht unter der Haut oder dicht über dem Knochen liegt, werden bei den Pseudoneuralgien meistens vergebens gesucht. In vielen Fällen sind sie zwar zu finden, aber

nicht auf den Verlauf des erkrankten Nerven beschränkt, sondern auch in den Nachbargebieten vorhanden. Nicht selten finden sie sich an Stellen, wo überhaupt kein grösserer Nervenstamm liegt. Es sind vielmehr gewisse prominente Punkte besonders gerne der Sitz ausgesprochener Hyperästhesien, so die Scheitelmitte (Clavus hystericus), die Stirn und Scheitelhöcker, die Occipitatgegend, einzelne oder alle Dornfortsätze der Wirbel, das Steissbein, ferner die Gegend des Brustbeines, die Gegend der Herzspitze, die Mamma, das Epigastrium, besonders häufig auch die Regio hypogastrica (Ovarie), endlich an den Extremitäten besonders die Umgebung der Gelenke; alle diese Schmerzpunkte haben aber mit den Points douloureux der echten Neuralgien nichts zu tun.

Das für die echten Neuralgien typische intermittierende Auftreten der Schmerzen (Paroxysmen) ist bei den Pseudoneuralgien viel seltenenr zu beobachten; viel häufiger verlaufen bei den letzteren die Schmerzen kontinuierlich unter sehr geringen Schwankungen der Intensität, oder die Schmerzen nehmen unter Einwirkung psychischer Momente ab und zu. Bemerkenswert für die differentielle Diagnose ist ferner der Umstand, dass die Hysteriker mehr die Konstanz als die Heftigkeit der Schmerzen quält, während für die Neuralgiker das Qualvollste die Intensität der Schmerzen ist.

Auch die Störungen der Sensibilität erweisen sich bei beiden Arten der Neuralgien different: bei den echten Neuralgien zeigt meistens die Haut im Gebiete der Schmerzempfindung in der schmerzfreien Zeit keine Veränderungen oder nur leichte Hypalgesien oder Hypaesthesien, im Anfalle auch ausgesprochene Hyperalgien und diese Sensibilitätstörungen entsprechen wie die Schmerzen dem Innervationsgebiete eines peripherischen Nerven. Demgegenüber findet man bei den neurasthenischen keine, bei den hysterischen Pseudoneuralgien nur regionäre Sensibilitätsstörun-

gen (bald Hyperalgesien, bald Hypaesthesien), d. h. Sensibilitätsstörungen, deren Abgrenzung den naiven Vorstellungen unserer Körperteile entspricht (Ziehen). — Nach Gilles de la Tourette werden häufig die hysterischen Neuralgien durch eine hysterogene Zone veranlasst, welche im Niveau oder in der Nachbarschaft eines Nerven gelegen ist. Er bemerkt noch dazu, dass in allen Fällen diese hysterogene Topalgie auf den Nerven entweder im Beginne oder ausserhalb eines konvulsivischen Paroxysmus ausstrahlt; im ersten Falle tritt die hysterische Neuralgie als eine verlängerte schmerzhafte Aura auf, im zweiten kann sie den ganzen (neuralgiformen) Paroxysmus darstellen.

Oppenheim betont die Stigmen der Hysterie, durch welche man sich in der Diagnose orientieren kann. — Gewiss sind sie wertvolle diagnostische Charakteristica, deren Konstatierung mit Sicherheit Hysterie erkennen lässt, doch sind sie bei weitem nicht in allen Fällen nachzuweisen. Vielfach verlaufen, wie ich schon erwähnt habe, die hysterischen Neuralgien monosymptomatisch (Ziehen), in anderen Fällen sind sie erst mit grosser Mühe nach längerer Beobachtung zu constatieren. — Erwähnenswert sind die verperalen Exacerbationen der Schmerzen bei den falschen Neuralgien gegenüber den matutinalen der echten. Charcot betont dies als ein sehr wertvolles differentialdiagnostisches Merkmal.

Biro behauptet, dass er stets bei der Pseudoischias hysterica die passiven Bewegungen ungestört gesehen hat, während die subjektiven Empfindungen so heftig waren, dass sie sogar monatelang den Patienten an das Bett fesseln konnten. Aus diesen Gründen fehlte nach Biro's Angaben auch immer ein für die echte Ischias so charakteristisches Symptom, wie das Laségue'sche.

Das nicht selten mit den Anfällen der echten Quintusneuralgie verbundene Zucken der entsprechenden Gruppen der Gesichtsmuskeln, das reflektorisch zu deuten ist, und die

als konkomitierende Erscheinung auftretende starke Röte des befallenen Bezirkes, zuweilen auch vermehrte Absonderung der Konjunktiva, wie der Mund- und Nasenschleimhaut fehlen nach Jendrassik fast in allen Fällen der Pseudoneuralgien des N. Trigemini. „Auch die eminent schmerzauslösende Wirkung der leisen Berührungen der Haut, welche bei den echten Neuralgien selbst ein leises Antasten der Gesichtshaut, der Barthaare verbieten .... und den Kranken sogar im mimischen Gesichtsspiel behindern, fehlen bei den Pseudoneuralgien."

Ich möchte nun kurz noch einmal eine Uebersicht der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zusammenstellen.

Hysterische Pseudoneuralgien	Echte Neuralgien
1. Abnormes psychisches Verhalten, andere hysterische Symptome.	1. Psychisches Verhalten normal, wenn keine Kombination mit Hysterie oder Dämmerzustand vorliegt,
2. Häufiger bei Frauen.	2. Etwa 60% bei Männern.
3. Es fehlt jede materielle Ursache der Schmerzen.	3. Fast stets eine nachweisbare veranlassende materielle Schädlichkeit vorhanden.
4. Die Schmerzen entsprechen in der übergrossen Mehrzahl der Fälle nicht dem anatomischen Verlaufe eines Nerven (regionäre Sensibilitätsstörungen).	4. Schmerzen entsprechen unbedingt dem Verlaufe eines bestimmten Nerven.
5. Druckpunkte im Verlaufe der Nerven können fehlen, wenn sie sich finden, findet man in der Regel auch Druckpunkte, die keinem grösseren Nerven entsprechen.	5. Sind fast immer im Verlaufe des afficierten Nerven nachzuw eisen,

6. Paroxysmen selten.	6. Immer zu beobachten.
7. Abendliche Exacerbationen.	7. Verstärkungen der Schmerzen meistens vormittags.
8. Hysterogene Zonen im Bereiche der neuralgiformen Affektion.	

Folgender Krankheitsfall, der mir durch die Güte meines hochverehrten Lehrers, Herrn Geheimrat Professor Ziehen zur Dissertation überlassen wurde, möge einen selteneren Fall der hysterischen Neuralgie dartun.

Kgl. Charité. Frau B. R. aus Plagwitz (Sachsen), 60 Jahre alt.

Anamnese:

Hereditär: Keine Geistes- oder Nervenkrankheiten. Beide Eltern an Altersschwäche gestorben.

Entwicklung normal.

Von Kinderkrankheiten gibt die Patientin an, abgesehen von geringer Bleichsucht als junges Mädchen, immer gesund gewesen zu sein.

Als Frau bei der zweiten Entbindung (Zange) mit 30 Jahren Pleuritis, daran anschliessend Gelenkrheumatismus. — Im Jahre 1887 88 klimakterische Beschwerden („Bald hatte ich Kreuz-, bald Magenschmerzen, bald im Unterleibe. Dann musste ich ein paar Tage wegen Blutung im Bett liegen bleiben. Ich fühlte mich nicht wohl bis zum Jahre 1894").

1904 stellten sich brennende Halsschmerzen ein, „die nie ganz weggingen." 1905 wurden die Halsschmerzen stärker; Medikamente, Bäder halfen nichts. Im August desselben Jahres wurden die Halsschmerzen heftiger, dazu gesellten sich brennende Schmerzen in der linken Seite der Zunge hinzu, besonders an der Spitze, die nach dem Sprechen stärker wurden, ebenso nach dem Essen. Gleichzeitig traten

Kopfschmerzen auf. Patientin ist seitdem oft schlechter Stimmung („ich möchte immerfort weinen und weiss nicht warum"). — Zungen- und Halsschmerzen blieben immer gleich („mal mehr, mal weniger"). Manchmal Gefühl, als breiten sich Schmerzen über die ganze Zunge aus, oder strecken sich auf den harten Gaumen des Oberkiefers hinüber. Auch gesellten sich nicht selten zu den Zungenschmerzen Schmerzen im Rücken, rechten Arm, linken Bein. Im Winter des Jahres 1905 Anfälle: „Der Leib drehte mir zusammen, im ganzen Körper stechende Schmerzen, es blieb nichts übrig und wenn es die Brüste waren. Ich musste oft schreien wie ein Löwe. Der Arzt hielt es für Nervenschmerzen.. Im Sommer (1906) habe ich nichts mehr von diesen Schmerzen gemerkt, nur im Halse und in der Zunge." — Patientin hatte nie Schwindelanfälle. Will nie aufgeregt gewesen sein, gibt jedoch an, dass, wenn sie in Gesellschaft gewesen war, sie die Nacht darauf nicht schlafen konnte. — Menses: 15—16 Jahr immer regelmässig. Partus: 3 Geburten, bis auf die dritte (Abortus) normal. Mann und Kinder gesund. Potatorium und Infektion negiert die Patientin.

Objektiver Befund.

Status corporis: mittelgrosse, für ihr Alter wohlaussehende, gutgenährte Frau, von kräftiger Muskulatur und starkem Knochenbau. Konjunktiva etwas blass. Am Zungenrand bis zum Arcus glossopalatinus keine auf Carcinom verdächtige Stelle. Keine Drüsenschwellungen. Papillae circumvallatae nicht vergrössert. Keine scharfen Zahnränder. — Respirations-, Zirkulations-, Digestionsapparate weisen bis auf leichte Dyspepsie und mangelhafte Appetitlosigkeit nichts besonderes auf. — Urogenitalsystem: im Harn ist kein Zucker und kein Eiweiss.

Status nervorum: A. Motilität aktiv und passiv Grobe Kraft erhalten.

B. Sensibilität. 1. Schmerzempfindung am Körper

in allen Qualitäten intakt, nur an der Zunge wird spitz und stumpf nicht unterschieden, Striche auf der linken Seite der Zunge werden schmerzhaft empfunden, je mehr man an den linken Rand kommt, desto schmerzhafter. 2. Empfindung für feine Berührungen über die ganze Körperoberfläche intakt; auf der linken Seite der Zunge aufgehoben. 3. Temperatursinn: heisses Wasser wird auf der rechten Seite der Zunge als warm und auf der linken Seite als lauwarm empfunden; kalt wird links als weniger kalt angegeben als auf der rechten Zungenhälfte. Bei dem Vergleich der Kälteempfindung auf dem übrigen Körper mit derjenigen auf der rechten Zungenhälfte wird die erstere als stärker angegeben. Das Gefühl von kalt und warm an der Körperoberfläche ist im Uebrigen normal. 4. Gefühl für Lage intakt. 5. Sensible Reizerscheinungen: Druckempfindlichkeit des Schädeldaches (Clavus hystericus). Auriculo- temporal-, Supra- und Infraorbitaldruckpunkte.

C. Geruchsinn: Asa foetida wird auf beiden Seiten gleich stark gerochen, links jedoch später. Kampher links schwächer.

D. Gehör normal.

E. Reflexe: Konjunktivalreflex beiderseits aufgehoben. Pupillar-, Korneal-, Würg- und Gaumenreflexe normal. Ankonaeus- und Radialreflexe etwas lebhaft. Patellarreflex beiderseits lebhaft. Kein Babinski.

F. Koordination nicht gestört.

G. Augenhintergrund normal. Augenbewegungen frei. Nasolabialfalte beiderseits symmetrisch, links spurweise schwächer. Zähnefletschern, Stirnrunzeln, Augenkneifen, Pfeifen — alles normal. Zunge wird gerade herausgestreckt.

H. Psyche: Die Stimmung der Patientin äusserst depressiv. Weint oft.

Diagnose.

Die Diagnose auf Hysterie bietet, wie ich schon oben

hervorgehoben habe, keine Schwierigkeiten, wenn ihre charakteristischen Symptome, besonders das abnorme psychische Verhalten in den Vordergrund treten. Es gibt aber Fälle, wo man dieselbe erst mit grosser Mühe stellen kann, wo Verwechselungen eintreten können mit manchen nahe verwandten Krankheiten des Nervensystems, wie Neurasthenie, Epilepsie u. a.,; denn auch bei diesen Krankheiten kommen häufige Wechsel in der Stimmung, gesteigerte sensible und psychische Eindrücke, krankhafte Erscheinungen und noch manche andere Symptome der Hysterie vor. — Da ist es dann gewiss nicht leicht, eine genaue Diagnose zu stellen, und doch hängt davon so unendlich viel für die Behandlung und den ganzen Heilplan ab.

Auch in unserem Falle war die Diagnose keineswegs leicht und ohne weiteres zu stellen; denn mancherlei andere Krankheiten, die fast dieselben oder ähnliche Krankheitssymptome bieten, galt es auszuschalten und so erst allmählich, Schritt für Schritt der eigentlichen jetzigen Diagnose, Hysterie, sich zu nähern und sie als die endgültige aufzustellen. Deshalb erübrigt es noch bei der Besprechung der Diagnose auf Hysterie mehrere Symptomkomplexe anzuführen, welche zu der irrtümlichen Annahme anderer Erkrankungen Anlass geben konnten.

In unserem Krankheitsfalle, wo das hervorstechendste und in den Klagen der Kranken das einzige Krankheitssymptom der Schmerz ist, der andauernd seinen Sitz auf der linken Seite der Zunge, auch im Halse aufschlug, dabei ist bei direkter Inspektion der Zunge und der Schleimhaut der benachbarten Regionen nichts pathologisches aufzusuchen, kommen differentialdiagnostisch hauptsächlich folgende Krankheiten in Betracht: 1. Diabetes mellitus, die oft von neuralgiformen Schmerzen begleitet ist; 2. Echte Neuralgie, deren symptomatische Einheit rechtfertigt, sie als selbständige Krankheit anzusehen und 3. Hysterie, die manchmal mit symptomatischen Neuralgien einhergeht.

Die erste Krankheit konnte in unserem Falle sofort ausgeschaltet werden: die Untersuchung des Urins auf Zucker ergab negative Resultate. — Ganz kurz möchte ich erwähnen, dass man auch eine Infektion (Malaria, Typhus, Pocken, Syphilis) oder Intoxikationen (Alkohol, Blei, Arsenik, Nikotin), welchen eine Beziehung zum Zustandekommen von Neuralgien zugeschrieben wird, differentialdiagnostisch zulassen kann; die annamnestischen Angaben zerstreuen aber sofort unseren Verdacht: die Kranke negierte entschieden sowohl das eine, wie das andere. — Es bleibt übrig, um zu einer diagnostischen Entscheidung zu gelangen, festzustellen, ob eine echte Neuralgie oder eine hysterische Pseudoneuralgie in unserem Falle vorliegt.

Die anamnestischen Daten und der Eindruck, den die Patientin sogar auf den wenig psychologisch geschulten Beobachter macht, legen ohne weiteres klar, dass das affektive Leben unserer Patientin weit aus dem Rahmen des Normalen hinausragt. — Schon von jeher, wie die Anamnese besagt, zeichnete sich die Kranke durch ungewöhnliche Empfindsamkeit und Neigung zur Weinerlichkeit aus. Der Eintritt des Klimakteriums brachte die Störung ihres Seelenlebens zu voller Entwicklung. Auf alle die Empfindungen und Gefühle während dieser Periode, die bei einem normalen Menschen spurlos, ohne jegliche pathologische Erscheinungen vergehen, reagierte die Kranke ungewöhnlich lebhaft. — Die klimakterischen Beschwerden riefen zahlreiche für Hysterie charakteristische nervöse Symptome, vorzugsweise körperlicher Natur hervor: es stellten sich Appetitlosigkeit und nervöse Dyspepsie, die dauernd anhielten, ein. Zu diesen Magenbeschwerden gesellten sich schmerzhafte Empfindungen, die, wie die Kranke bezeichnet, „sich nach dem Rücken zögen". Im Jahre 1904 flackerten plötzlich Halsschmerzen auf, kurz danach stellten sich Schmerzen in der linken Seite der Zunge, besonders an der Spitze ein; gleichzeitig traten Kopfschmerzen auf. Im Winter 1905 Anfälle: „der Leib

drehte mir zusammen, im ganzen Körper stechende Schmerzen, es blieb nichts übrig und wenn es die Brüste waren. Ich musste oft schreien wie ein Löwe.“ Seit Sommer 1906 merkte die Kranke von diesen Schmerzen nichts mehr, nur die Zungen- und Halsschmerzen blieben hartnäckig bestehen.

Die normalen physiologischen Beschwerden des Klimakteriums gingen, wie wir sehen, ins Pathologische über: jederkörperliche und psychische Eindruck während dieser Periode wurde bei der gesteigerten psychischen Reizbarkeit zu tief empfunden, und die Kranke reagierte auf solche mit Hyperästhesien und Erregungszuständen in verschiedenen Körperteilen.

Der Keim der Hysterie, der bis zur Zeit des Klimakteriums verborgen war, kam durch dieses zum vollen Ausbruch.

Uns interessiert aber die Frage: sind denn die Schmerzen in der Zunge und im Halse, die so lange Zeit andauern, auch ein hysterisches Symptom, das in Form einer Neuralgie auftrat und das augenblicklich das ganze hysterische Krankheitsbild beherrscht, oder haben wir es mit einer wahren Neuralgie zu tun, die mit einer hysterischen Erkrankung zusammengeht?

Vor allem ist auffällig und spricht gegen eine echte Neuralgie der Umstand, dass absolut keine Entstehungsursache der Schmerzen vorhanden ist. — Die Schmerzen traten plötzlich und unvermittelt auf, ebenso, wie die vielen anderen nervösen Symptome, von denen uns die Kranke so viel in der Anamnese berichtet hat, nur mit dem Unterschiede, dass die vielen anderen in einer für die Hysterie charakteristischen Weise mehr oder weniger schnell kamen und vorübergingen, während die Zungen- und Halsschmerzen andauernd bestehen. — Widerspricht nun dieses Andauern der Schmerzen dem Wesen des hysterischen Leidens? Nein. Wir wissen, dass viele körperliche Reaktionen bei Hysterie unter Umständen Monate, selbst Jahre hindurch unverändert

bestehen und doch jeden Augenblick aufhören können; namentlich unter der Einwirkung psychischer Momente ist das jederzeit möglich. — Die schönsten Beispiele desselben liefert uns das Kapitel der hysterischen Gelenkneurosen.

Das halbseitige Auftreten der Schmerzen in der Zunge passt auch gut zu dem Bilde der Hysterie, wenn wir die Tendenz der Hysterie zur hemilateralen Anordnung der Sensibilitätsstörung im allgemeinen als den vorwiegendsten Typus anerkennen.

Auch die Kontinuierlichkeit der Schmerzen ohne jegliche Interwalle einerseits und ihre verhältnismässig geringe Heftigkeit sind vielmehr charakteristisch für eine Pseudoneuralgie. — Die Schmerzen bestehen Tag und Nacht, stören den Schlaf der Patientin, da sie beim Erwachen sofort sich der Wahrnehmung aufdrängen.

Das typische Charakteristikum der echten Neuralgien: der genau dem anatomischen Verlaufe entsprechende Schmerz war in unserem Falle nicht zu konstatieren. — Die Schmerzen, die dauernd in der Zunge und im Hals bestehen, erstrecken sich zeitweise auch auf die anderen Mundpartien ohne jegliche anatomische fixierbare Abgrenzung, es kann auch deshalb von Irrdiationserscheinungen keine Rede sein, so z. B. verbreiten sich die Schmerzen bald über die ganze Zunge, bald springen sie auf den harten Gaumen über. — Auch die Points douloureux, die man bei der echten Neuralgia lingualis an der Stelle, wo der Stamm des Nerven hart an der Schleimhaut des Mundhöhlenbodens liegt, findet, fehlten.

Bemerkenswert ist, dass die Schmerzen bei unserer Patientin mit Vorliebe gegen Abend exacerbierten; dieser Umstand charakterisiert, wie ich schon hervorgehoben habe, die Pseudoneuralgie ebenfalls einigermassen.

Alle aktiven Bewegungen der Zunge steigerten die Schmerzen. Die Kranke vermied aus diesen Gründen möglichst jede Unterhaltung mit anderen Personen, kaute mit grosser „Vorsicht“. Bei passiven Bewegungen dagegen

spürte die Patientin keine stärkeren Schmerzen. Differentialdiagnostisch ist das insofern wichtig, als bei der echten Neuralgie immer der Unterschied der Empfindungen bei Aktivität und Passivität fehlt. Für den wirklich peripher veränderten Empfindungsapparat ist es ganz gleich, in welcher weise er gereizt wird, die vom Zentrum in die Peripherie projicierten Reize aber (wie es bei der Hysterie der Fall ist) müssen unmittelbar vom leidenden Subjekte ausgelöst werden.

Charakteristisch für die Hysterie ist auch der Entwicklungsgang der krankhaften Störungen bei unserer Patientin. Den Schmerz, der anfangs nur im Halse auftrat, übertrug die Kranke infolge ihres gestörten zentralen Empfindungsapparates ohne weiteres auf die Zunge.

Nach allen diesen differentialdiagnostischen Erwägungen kamen wir zu der Entscheidung, dass die eigentümliche Zungenneurose nichts anders ist als ein hysterisches Symptom. Es unterstützen unsere Diagnose auch andere hysterische Symptome somatiischer Natur: Clavus hystericus, Infra-, Supraorbitaldrukpunkte und das Fehlen des Konjunktivalreflexes.

Ueber die Aetiologie dieser Zungenneurose, die man auch Glossodynie oder Glossalgie genannt hat, herrschen noch bis jetzt vielfache Meinungsdifferenzen. Bei weitem nicht alle Autoren, die sich mit dieser Art der Affektion beschäftigt haben, sind einig in der Annahme, dass in allen Fällen eine Neurose der Zungennerven auf neuropathischer Basis vorliegt. Gichtische, rheumatische, schlechte Zähne, künstliche Gebisse werden in der Aufzählung der ätiologischen Momente hervorgehoben, ja nach einigen Autoren (Labord, Fourgné, Loui) ist die beschriebene Affektion der Ausdruck einer schon bestehenden oder zu erwartenden schweren nervösen Erkrankung (Tabes) oder Geistesstörung (Dementia paralytica). Albert führte sogar die merkwürdigen neuralgiformen Sensationen auf ein

von ihm gefundenes anatomisches Substrat zurück. Nach diesem Autor soll nämlich die Glassodynie dadurch erklärt werden, dass am hintersten Teile des Zungenrandes beiderseits symmetrisch gelagerte Exkreszenzen der Papillen (P. foliatae) sich befinden, die bei Berührung sehr schmerzhaft sind und den Ausgangspunkt der Glossalgie bilden sollten.

Dieser Versuch, eine gemeinschaftliche anatomische Ursache für alle Fälle der Glossodynie aufzustellen, ist bereits durch viele spätere Beobachtungen vollkommen widerlegt: in zahlreichen Fällen war dieser sog. „Papillom" nicht zugegen (Kaposi, Schwimmer, Kraus).

Schech bezweifelt überhaupt, ob der „Papillom" an der Regio foliata eine direkte pathogenetische Beziehung zu der Glossodynie hat. Er behauptet vielmehr, dass es sich lediglich um abnorm entwickelte Papillae foliatae handelt, an deren Region der Zungenschmerz mit Vorliebe sich lokalisierte, und dass die Glossodynie nicht anders als durch ihren neuropathischen bezw. hysterischen Ursprung zu erklären.

Albert gibt auch selbst an, dass in allen seinen Fällen es sich um hysterische Individuen handelte. — Nach eingehenderem Studium der Fälle von Albert schliesse ich mich Schech's Ansicht an. Albert konnte uns in keinem seiner Fälle den unwiderlegbaren Beweis liefern, dass die Schmerzen in der Zunge nur und ausschliesslich in dem „Papillom" ihren Ursprung haben, im Gegenteil die vielfach versuchte und zu keinem positiven Resultate geführte lokale Behandlung erweckt vielmehr Bedenken über seine Annahme. Die provisorische Besserung entsprang, meiner Meinung nach, dem suggestiven Einfluss der Behandlung.

Kaposi spricht von gewissen Formen der Glossodynie, die er als „Glossodynia exfoliativa" bezeichnet. Eine stellenweise Exfoliation des Zungenepithels nimmt der bekannte

Dermatologe als Ursache der abnormen Empfindungen an, da durch dieselbe die Papillar-Nerven nicht genügend geschützt zu Tage liegen. Diese anatomische Läsion allein scheint aber auch Kaposi nicht ausreichend für die Erklärung der Glossodynie zu sein, denn, wie er selbst schreibt, „bestehen oft ganz gleiche Formen der Exfoliation des Epithels als angeborene, oder erworbene oft Jahre hindurch oder das ganze Leben, oder erscheinen vorübergehend als Begleiterin so vieler Prozesse, wie bei Magenkatarrh, bei den akuten Exanthemen, ohne die geringste Schmerzhaftigkeit ..... Es bleibt wohl nichts anderes, als neben den besprochenen anatomischen Veränderungen noch die individuelle nervöse Erregbarkeit, die in manchen Fällen noch durch die anderen Zeichen ausgesprochener Hysterie sich kund gibt, mit als Ursache der Glossodynie geltend zu machen.“

Fassen wir nun die von allen oben erwähnten Autoren gemachten Erfahrungen über das Wesen der in Rede stehenden Erkrankung zusammen, so müssen wir mehrfache Momente als für dieselbe pathogenetisch bezeichnen, doch nimmt die Hysterie in der Aetiologie dieser Affektion die erste Stelle ein; darin sind fast alle Autoren einig. —

Leider werfen Dechambre, Valleix, Fairlie, Clarc mit den Glossodynien auch die echten Neuralgien der Zunge zusammen, und bringen so in dieses Kapitel nur Verwirrung hinein.

Ich halte es nicht für überflüssig als Schluss meiner Arbeit einige Beispiele der echten und hysterischen Zungenneuralgien zum Vergleich vorzuführen.

Pseudoneuralgia lingualis hysterica.

Fälle von Albert.

Fall 1. „Frau N., 30 Jahre alt, Hysterica. Die Frau klagte über nahezu permanente heftige Schmerzen, die in der ganzen Zunge, zumal der Zungenspitze sassen. Zunge mässig grau belegt,

in ihrer Beweglichkeit nicht beschränkt, auf Druck nirgends empfindlich. Die Frau erzählte, dass der Schmerz häufig von den hinteren Teilen der Zunge ausgehe und nach vorne ausstrahle, dass sie auch beim Kauen und Schlucken mitunter heftige, momentane stechende Schmerzen rückwärts im Schlunde verspüre. Ich fahndete nach Geschwürchen, konnte aber nichts entdecken. Da fielen mir am hinteren Teile der beiderseitigen Zungenränder, gerade in jenem Winkel, wo der Arcus palatoglossus sich an die Zunge inseriert, lebhaft gerötete, über linsengrosse, schleimhautbedeckte, eingekerbte Geschwülstchen auf, bei deren Berührung die Frau die lebhaftesten Schmerzen äusserte und sofort erklärte, dort sei die Krankheit. Ich schlug der Frau vor, sich die Stelle mit Lapis touchieren zu lassen. Die Touchierung hatte auch Erfolg, die Stellen wurden unschmerzhaft und die schmerzhaften Empfindungen in der Zunge liessen nach. Nach einiger Zeit kam die Frau wieder. Nach Kauterisieren mit einem glühenden Draht derselbe vorübergehende Erfolg."

Fall 2. „Eine 60jährige Frau, entschieden hysterisch, leidet seit etwa 10 Jahren an Zungenneuralgie. Sie gibt an, dass in dieser Zeit höchstens Intermissionen von einwöchentlicher Dauer aufgetreten waren, sonst leidet sie an einem nahezu permanenten Schmerz in der Zunge, der brennend, stechend und mehr in einer Fläche vorhanden ist, daneben gibt es aber auch Tage, wo die Schmerzen in Form von Anfällen kommen und zwar in Anfällen auf kurzer Dauer mit grösster Intensität, wechselnder Richtung der Schmerzempfindung: der Schmerz fährt anscheinend quer, sofort aber in der Längsrichtung durch. Bei der Besichtigung zeigte sich die Zunge von normalem Aussehen, aber hinten in der Regio foliota erblickte ich die lebhaft roten, gekerbten, schmerzhaften Wärzchen, welche ich als den Ausgangspunkt des Leidens bezeichnete. Mit einer gewissen Genugtuung sagte

mir die Frau, dass sie schon oft von mehreren Aerzten an dieser Stelle gebrannt wurde, dass die Wärzchen nach einem energischen Kauterisieren verschwinden um in wenigen Tagen wieder zu kommen."

Fall 3. Eine Frau von 48 Jahren, entschieden Hysterica, bemerkte seit etwa einem Jahre, anfangs geringe, später immer zunehmende, in der letzten Zeit heftige Schmerzen in der Zunge. Die Schmerzen fingen links an, traten später auch rechts auf und alternieren nun, sitzen aber insbesondere links. Ein andermal herrscht das Gefühl des Brennens in der Zungenspitze vor; manchmal sind einzelne Stellen der Zunge wie wund zu fühlen.

Fall 4. Bei einer 44 jähr. Frau, ebenfalls hysterisch, bestehen seit einem Jahre heftige Schmerzen in der Zunge, die sich zu förmlichen Anfällen steigern. Die Schmerzen verschwinden auf einige Tage; ja es gab schon längere, vielleicht wochenlange Zeiträume, wo die Zunge nahezu schmerzlos war. Die Schmerzen fangen rückwärts am Zungenrande an, wo die Kranke besonders etwas beim Schlucken bemerkt, und besonders einmal, wenn die Kranke sich erbrach, noch lange Zeit nach dem Erbrechen sehr schmerzte.

Albert fand in der Regio foliata beiderseits kleine, je eine linsengrosse Stelle einnehmende, aber fast $^1/_2$ cm über das Niveau ragende, gekerbte, lebhaft gerötete „Papillome."

Fall 5; von Kaposi. „Eine 50 jährige hysterische Frau leidet seit zwei Jahren an eigentümlichen schmerzhaften Empfindungen in der Zunge. Es kommt ihr vor, als wäre die Zunge an einer Stelle ganz vorne an der Spitze verbrüht. Der Schmerz ist ein nahezu beständig andauernder, zeitweise exacerbiert derselbe. Die Zunge bietet nichts weiteres dar, als einen ziemlich starken Epithelbelag, aus welchem einzelne Papillae fungiformes herausragen, anscheinend etwas weniger geschwellt. In der Regio foliata kein „Papillom", auch keine Empfindlichkeit. An

der unteren Fläche der Zunge die Venen in ungewöhnlicher Weise erweitert, varicös; hie und da, sowie auch am Mundhöhlenboden winzige, ganz zerstreute, spitze, blaurote Exereszenzen. Seit zwei Jahren nimmt die Kranke Bromkalium, Arsen, allerlei Einpinselungen ohne Erfolg. Mir schien es anfangs, als ob die Varicositäten vielleicht der Grund der brennenden Schmerzen wären, wie etwa bei Varicositäten am Unterschenkel mitunter allerlei schmerzhafte Empfindungen auftreten. Allein der Schmerz war auf ein zu scharf begrenztes Gebiet um die eine Seite ausgedehnt und die nähere Untersuchung ergab, dass auch das Zahnfleisch des Ober- Unterkiefers im Bereiche der vordersten Zähne rechterseits und nur bis an die Mittellinie, Sitz von brennenden Schmerzen war."

Echte Neuralgia lingualis.

Dr. med. N. konsultierte Kaposi wegen seiner Zungenschmerzen, wie vorauszusetzen, weil er in Carcinom fürchtete. „Hier lag, schreibt Kaposi, die reinste Neuralgie vor. Die Schmerzhaftigkeit spontan persistierend und bei Druck sich heftig steigernd, war auf die linke vordere Hälfte der unteren Zungenhälfte beschränkt.

Die schmerzhafte Zone war in einer von der Mitte des linken Zungenrandes nach unten laufenden Linie scharf abgegrenzt und entsprach der Ausbreitung des Ramus lingualis nervi trigemini."

Die von mir aufgestellten allgemeinen Regeln zur Unterscheidung der hysterischen Neuralgien von den echten lassen sich in den oben aufgestellten Fällen sehr wohl verwerten.

An die Glossodynie, wie wir aus dieser kurzen Zusammenstellung ersehen, leiden vorzugsweise Frauen. Dieselben klagen über eigentümliche quälende schmerzhafte Empfindungen, die sie als brennend, stechend, Gefühl von Verbrutsein individualisieren. In den meisten Fällen sind die Schmerzen dauernd vorhanden, wenn auch mit wechselnder Intensität. Die typischen Paroxysmen der echten Neuralgien

fehlen fast in allen Fällen der Glossodynie. Die Schmerzempfindung bei der Pseudoneuralgia lingualis entspricht nicht wie bei der echten Neuralgie der Zungennerven dem anatomischen Verlaufe desselben. Auch die Unbeständigkeit der Schmerzen und das Ueberspringen von einer Seite auf die andere ist sehr charakteristisch für die hysterische Form der Neuralgie.

Was die Prognose der Glossodynie anbetrifft, so kann sie wohl zu der schwersten Form der hysterischen Neuralgien gerechnet werden. Meiner Meinung nach spielt die Lokalisation der Schmerzen in einem Organe, das die wichtigsten Funktionen zu erfüllen hat, keine geringe, wenn nicht die hauptsächliche Rolle bei der Erklärung des äusserst chronischen Verlaufs des Uebels.

In Bezug auf die Therapie der Glossodynie sei hier eingeschaltet, dass dieselbe meist aussichtslos ist. Man legt selbstverständlich, wie bei allen hysterischen Erscheinungen, das Hauptgewicht auf die Allgemeinbehandlung. In erster Linie kommt hier die Psychotherapie in Betracht. Vor allem aber müssen nachteilige Einwirkungen, welche durch die Angehörigen oder durch die ganzen Lebensverhältnisse des Kranken bedingt werden, nach Möglichkeit beseitigt und die Kranken, wenn möglich, in ein günstigeres Milieu versetzt werden.

Für eine erfolgreiche psychische Behandlung ist die erste Bedingung — das Vertrauen des Kranken zu gewinnen und ihn der Therapie zugänglich zu machen. Ist es gelungen, dann empfiehlt es sich, von der Suggestion in verschiedensten Formen den ausgibigsten Gebrauch zu machen. — Die imperatorische, direkte Suggestion ist fast durchweg, wie allgemein bekannt, wirkungslos, wenn nicht geradezu schädlich bei den hysterischen Algien. Man versucht deshalb, die zwar absichtliche, aber indirekte Suggestion anzuwenden, welche die Aufmerksamkeit des Kranken von dem auslösenden Ereignisse abzulenken im Stande ist.

Nachher kommt die suggestive Einwirkung der medikamentösen Behandlung in Betracht. Unter den „Antiklystericis“ sind die Asa foetida, Valeriana und das Castoreum die berühmtesten, obgleich ihre spezifische Wirksamkeit sehr zweifelhaft ist. Die eigentlichen Nervina (Bromkalium, Arsen u. a.) werden zwar bei Glossodynie verordnet, haben aber auf die Dauer keinen Erfolg. Die üblichen Antineuralgika: Antipyrin, Phenacetin, Salipyrin, Analgen usw. bringen keine Linderung; dieser Umstand ist aus differentialdiagnostischen Erwägungen ganz besonders zu betonen. — Verschiedene Aerzte empfehlen, sich auf die Erfahrung Sänger's stützend, die Elektrotherapie: die galvanische Behandlung (Anode auf die schmerzhafte Partie) und neuestens auch die Frauklinisation. — Vor kurzem sind wir durch die Arbeiten O. Naegelis mit einer Reihe von Handgriffen bekannt geworden, welche geeignet erscheinen, bei den verschiedenen Formen der Neuralgien gute Dienste zu leisten. Seine drei Handgriffe:: „Kopfstützgriff“, „Kopfstreckgriff“ und „Zungenbeingriff“* üben angeblich einen wohltätigen und sogar heilenden Einfluss auf die neuralgiformen Zustände im Gebiete des dritten Trigeminusastes aus.

An dieser Stelle sei mir gestattet, dem Herrn Geheimrat Professor Dr. Ziehen für die freundliche Ueberlassung des Themas und für die tätige liebenswürdige Hülfe, die er mir bei der Anfertigung der Arbeit stets zuteil werden liess, meinen Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Albert. Ueber verschiedene Erkrankungen der Zunge. Wiener med. Presse 1885, 1 - 6.

Amann. Beziehungen der Hysterie zu weiblichen Geschlechtsorganen.

Bernhardt. Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. Teil über „Neuralgie".

Binswanger. Hysterie.

Biro. Neuritis ischiadica, Neuralgia ischiadica und Hysterie. D. Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1897.

Breuer u. Fred. Studie über Hysterie.

Hellpach. Grundlinien einer Psychologie der Hysterie. Leipzig, W. Engelmann 1904.

Fridrich. Ein Fall der Trigeminusneuralgie mit Exstirpation des Ganglion Gasseri. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1899.

Galippe. De l'obsession dentaire. Archives de Neurologie. Band XXI.

Gilles de la Tourette. Die Hysterie nach den Lehren der Salpétrière. Deutsche Ausgabe von Dr. K. Grube. Leipzig, Denicke 1899.

Janet, Pierre. Der Geisteszustand d. Hysterischen. D. Uebers. von Dr. M. Kahaul.

Kaposi. Glossodynia exfoliativa. Wiener med. Wochenschrift 1886. No. 12 ff.

Kraus. Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre.

Krause. Neuralgie des Trigeminus.

Krehl. Ueber Hysterie. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge H. 301—30. 1902.

Jolly. Hysterie.

Chauveau. Des variétés de glossodynie. Archives Générales de Médicine 1900.

Naegeli. Behandlungen der Neuralgien durch Kunstgriffe.

Oppenheim. Traumatische Neurosen.
-- Tatsächliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie. Berl. kl. Wochenschrift 1890.
Rosenberg. Erkrankungen der Mundhöhle.
Schech. Krankheiten der Mundhöhle.
Schwimmer. Ueber Glossodynie. Wiener med. Wochenschrift 1886, No. 8 ff.
Ziehen. Hysterie. Eulenburg's Realenzyklopädie.
—, Abhandlung über Hysterie. Deutsche Klinik.

Thesen.

I.

Das Stigma ist ein Begriff des „Könnens“, aber nicht „Müssens“ für die Hysterie.

II.

Von den echten Neuralgien werden die Männer in viel grösserem Prozentsatz befallen als Frauen, während für die Pseudoneuralgien gerade das Umgekehrte gilt.

III.

Der jetzige Stand der Gesetzgebung zum Schutze der Frauen- und Kinderarbeit ist in den meisten Ländern keinesfalls befriedigend.

Lebenslauf.

Sohn des Apothekers Kliment Rosenberg bin ich zu Odessa (Gouvernement Cherson) geboren am 24. Juli 1883. Meine Schulbildung genoss ich auf dem 1-sten Gymnasium in Schitomir (Wolynien), welches ich Ostern 1902 absolvierte. Michaelis desselben Jahres begab ich mich nach Deutschland und liess mich bei der medizinischen Fakultät an der Universität Berlin immatrikulieren.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kurse, Kliniken und Polikliniken folgender Herren Professoren und Dozenten: Abelsdorff, v. Bergmann†, Bumm, Engelmann, Fischer, Greeff, Henkel, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Koblanck, Kraus, Lassar†, Lesser, Lexer, Lewandowsky, Lewin, v. Leyden, Meyer, Michaelis, Orth, Rosenheim, Rubner, Senator, Thierfelder, Waldeyer, Ziehen.

Allen diesen Herren fühlt sich Verfasser zu aufrichtigem Danke verpflichtet.